

132
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1892, à 1 heure

Par PAUL ARCHAMBAUD

Né à Saint-Fort-sur-Gironde (Charente-Inférieure), le 12 novembre 1863

Ex-préparateur-adjoint de laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris

Officier d'Académie.

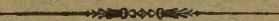
TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'ÉPAULE PAR LE MASSAGE

— * —

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
QUINQUAUD et GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
DAUBENTON

IMPRIMEUR

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

132

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1892, à 1 heure

Par PAUL ARCHAMBAUD

Né à Saint-Fort-sur-Gironde (Charente-Inférieure), le 12 novembre 1863

Ex-préparateur-adjoint de laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris

Officier d'Académie.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'ÉPAULE

PAR LE MASSAGE

{ * }

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { DIEULAFOY, professeur.
QUINQUAUD et GILBERT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

DAUBENTON

IMPRIMEUR

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs		M. BROUARDEL.
Anatomie.		MM.
Physiologie.		FARABEUF.
Physique médicale.		CH. RICHET.
Chimie organique et chimie minérale.		GABRIEL.
Histoire naturelle médicale.		GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.		BAILLON.
Pathologie médicale.		BOUCHARD.
Pathologie chirurgicale.		DIEULAFOY.
Anatomie pathologique.		DEBOVE.
Histologie.		LANNELONGUE.
Opérations et appareils.		CORNIL.
Pharmacologie.		MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique et matière médicale.		TILLAX.
Hygiène.		POUCHET.
Médecine légale.		HAYEM.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		PROUST.
Pathologie comparée et expérimentale.		BROUARDEL.
		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		BAILL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.		CHARCOT.
		VERNEUIL.
Clinique chirurgicale.		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.		GUYON.
Clinique ophthalmologique.		PANAS.
Cliniques d'accouchements.		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NELATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	HETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE FILIALE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PREMIER MAITRE DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LÉON LE FORT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR THULIÉ

Ancien président du Conseil municipal de Paris

Témoignage de reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETER

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Les monographies sur le massage sont encore aujourd'hui assez peu nombreuses. Il n'en est pas de même des traités ou manuels généraux de massothérapie. On ne s'étonnera donc pas de ne pas trouver dans notre travail un exposé détaillé des diverses sortes de massage et de leur application en thérapeutique.

Grâce aux nombreux ouvrages publiés dans ces dernières années, le massage n'est plus un traitement empirique, mais bien un des nombreux moyens, et non un des moins importants, que la médecine et la chirurgie aient à leur disposition.

Les maîtres les plus éminents à la Faculté et dans les hôpitaux ont reconnu et proclamé son utilité, ceux qui ne s'en servent pas n'osent plus aujourd'hui le blâmer et s'ils ne l'appliquent pas, cela tient uniquement à l'absence de masseurs vraiment sérieux, et j'entends par là des masseurs connais-

sant non seulement les pratiques manuelles indispensables, mais encore possédant à fond l'anatomie et la pathologie.

Est-ce à dire pour cela que les masseurs fassent défaut? Malheureusement non! J'en pourrais nommer vingt, j'en pourrais nommer cent, mais de ceux-là je ne veux point parler.

Tous ou presque tous s'intitulent rebouteurs, ils guérissent même, parfois, quand leurs manœuvres n'ont pas pour conséquence l'aggravation de la maladie ou la mort du patient.

Je pourrais citer le fait de cet individu dont bien des médecins à Paris connaissent les exploits, qui, s'engageant à guérir par le massage et les mouvements forcés une coxalgie terminée heureusement par ankylose produisit dès sa première intervention une fracture du fémur.

Mais je n'hésite pas à le déclarer, si le nombre de ces exploiters de la crédulité publique croît de jour en jour, et si leur commerce devient de plus en plus éhonté, la faute en est à notre trop de longanimité et à l'insuffisance des pénalités inscrites dans la loi.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur ce sujet, notre travail ne devant traiter ni de la déontologie médicale, ni du massage en général, mais bien de l'intervention de la massothérapie dans les maladies articulaires et dans celles de l'épaule en particulier.

En parcourant ces pages, on verra que nous sommes parfois sorti des pratiques usuelles du massage tel qu'il est décrit dans

les différents traités, et que nous l'avons pratiqué avec un certain succès dans quelques affections où son usage n'est pas habituel. Ces innovations sont assez peu nombreuses, mais nous les croyons suffisamment importantes pour les mentionner ici. C'est là, du reste, le seul caractère d'originalité que nous revendiquions pour notre modeste travail.

DIVISION DU SUJET

Pour plus de clarté, nous diviserons notre travail en quatre chapitres.

Dans le premier chapitre, nous mentionnerons les considérations générales sur le massage de l'épaule et nous donnerons quelques indications sur le manuel opératoire.

Dans le second, nous passerons en revue les différentes affections de l'épaule, en mentionnant, dans chaque cas particulier, les indications ou contre-indications du massage.

Ce chapitre sera lui-même divisé en autant de paragraphes que la pathologie externe étudie de lésions dans cette région.

Dans le troisième chapitre, nous ferons un résumé de l'ensemble de la méthode et donnerons de brèves conclusions.

Enfin dans le quatrième chapitre, nous relaterons les diverses observations, personnelles ou empruntées à d'autres médecins, pouvant servir à la démonstration de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales et manuel opératoire.

L'épaule est, par sa situation, par l'étendue et la variété de ses mouvements, par le nombre et la puissance des muscles qui concourent à sa formation, une des régions et une des articulations les plus utiles et en même temps les plus facilement vulnérables.

Une étude sur le massage de l'épaule doit embrasser à la fois l'articulation et les organes péri-articulaires, car c'est sur ces derniers surtout que les manipulations agissent dans la plupart des cas.

Le plus grand nombre des auteurs qui ont écrit sur le massage indiquent une série assez longue et assez complexe des moyens employés en massothérapie.

Qu'il me suffise sans entrer dans les détails de donner ici le tableau dressé par Estradère dans son ouvrage sur le massage :

1° Frictions	Humides seulement Sèches ou humides	Douces Moyennes ou rudes	Onctions Passes Frôlements Attouchements Frictions	
2° Pressions	Sèches ou humides	Douces Fortes	Agacements Chatouillements Titillations Taxis Pétrissage Malaxation Froissement Pincement Fouillage Sciage	
3° Percussions	Sèches ou humides	Douces ou fortes	Hachure Claquement Vibrations Percussion proprement dite avec pointées profondes le poing ferme la palette a flagellation	
4° Mouvements	passifs doubles concentriques doubles excentriques		Flexion Extension Abduction Adduction Pronation Supination Rotation Circumduction Tractions Torsions Serousses	

Je crois qu'il n'est guère besoin de démontrer qu'un si grand nombre de pratiques est au moins inutile.

Pour ma part, je n'ai jamais employé aucun autre instrument que la main et m'en suis toujours bien trouvé.

La *brosse* et le *gant* ne servent que pour faire des frictions superficielles; on peut parfaitement y suppléer par la face palmaire de la main.

Le *strigil* ou *raclette* en buis, l'*éponge*, la *roulette*, la *palette*, la *férule* ou *battoir*, le *faisceau de branches*, sont autant d'instruments ou inutiles, ou pouvant être aussi facilement remplacés par la main, suivant la position qu'on lui donne (fermée, ouverte, verticale, horizontale, etc.), les mouvements qu'on lui fait exécuter, et l'énergie avec laquelle on l'emploie.

Je n'en dirai pas autant des corps gras (onguents, pommades, huiles, vaseline, etc.), ou de la *poudre de talc*, dont on doit se servir non dans un but thérapeutique, mais uniquement afin de ne pas excorier la peau et de permettre au massage d'agir jusque dans la profondeur des tissus sans nuire à leurs parties superficielles.

J'avoue que le choix de l'un ou de l'autre de ces corps gras m'est à peu près indifférent. Pour ma part, je me sers habituellement de vaseline ordinaire, mais lorsque je n'en ai pas sous la main, peu m'importe la substance que l'on me présente; l'huile comestible que l'on trouve dans toutes les maisons m'a

toujours paru suffisante et pour la première séance, au moins, on peut très bien s'en contenter.

Quelle que soit la partie à masser, et je n'ai en vue ici que le massage thérapeutique, ne voulant entrer nullement dans le domaine de l'hygiène, je divise la série des manipulations à pratiquer en quatre temps, se faisant suite les uns aux autres, de telle façon qu'en arrivant au dernier, le plus souvent le malade ne s'est pas même aperçu de la progression de l'énergie employée.

C'est, du reste, cette division qui a été adoptée par le Dr Phélippeaux dans son intéressante étude pratique sur les frictions et le massage

Premier temps : Frictions douces.

Deuxième temps : Frictions fortes.

Troisième temps : Pétrissage et malaxations.

Quatrième temps : Mouvements.

Les frictions douces ont pour effet d'enduire préalablement la surface à masser d'un corps gras et d'amener peu à peu une insensibilité de la peau et des parties sous-jacentes suffisante pour permettre de pratiquer des frictions de plus en plus fortes, et enfin de pétrir les organes péri-articulaires.

C'est ici que je dirai un mot de la durée de chaque séance de massage, et je me permettrai de n'être pas de l'avis de la plupart des auteurs qui ont écrit sur la question et qui considèrent comme suffisante, dans presque tous les cas, une séance

de dix minutes. Ils admettent bien des exceptions, mais ces exceptions ne feraient, d'après eux, que confirmer la règle qu'ils ont posée.

Je commence par déclarer de suite que je suis persuadé que presque toujours, au contraire, la durée minima du massage doit être de 20 minutes et qu'elle peut s'élever jusqu'à une heure et même une heure et demie ou deux heures.

Cela est vrai en particulier pour les affections aiguës dans lesquelles les dix premières minutes suffisent à peine à émousser la sensibilité de la partie malade.

L'entorse, par exemple, qui est l'accident type curable presque instantanément par le massage, demande une séance d'une durée minima de 20 à 30 minutes si l'on ne veut s'exposer à voir le malade souffrir davantage à la suite d'une intervention insuffisante.

Dans les affections chroniques, deux raisons font échouer le médecin lorsqu'il se contente de pratiquer un massage de 10 minutes seulement.

La première, c'est qu'il est impossible d'arriver au bout de 5 à 6 minutes à faire des malaxations énergiques sans provoquer de la douleur ; la seconde, c'est que même lorsque ces affections guérissent par ce moyen, le nombre des séances doit être beaucoup plus considérable.

Ces deux causes qui peuvent paraître d'ordre secondaire sont cependant, en l'espèce, de la plus haute importance. En

effet, dans le premier cas, le malade qui souffre ne tarde pas à refuser l'application du traitement; dans le second, le résultat si vivement espéré par lui se faisant trop longtemps attendre, sa confiance est ébranlée et il renonce bientôt aussi à profiter du secours que votre patience aurait pu lui procurer plus rapidement.

CHAPITRE II

Des différentes affections de l'épaule.

Indications et contre-indications du massage.

L'épaule présente à considérer plusieurs plans superficiels et plusieurs organes contenus dans ces différents plans : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané et les bourses séreuses ; 3° les muscles, les aponévroses ; 4° l'articulation proprement dite ; 5° les vaisseaux ; 6° les nerfs.

§ 1. — PEAU.

La peau de la région de l'épaule ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle devient de plus en plus mince à mesure qu'on s'approche du creux de l'aisselle. Cette minceur est une des raisons pour lesquelles on doit prendre les plus grandes précautions dans le massage de cette partie, massage qu'on n'a l'occasion de faire que très rarement à cause des désordres que pourrait produire une pression énergique sur des organes

aussi importants que ceux contenus dans le creux axillaire.

Quant aux affections cutanées relevant du massage elles sont les mêmes que celles des autres parties du corps et nous n'y insisterons pas. Les deux plus importantes sont les anesthésies et les hyperesthésies de la peau qui sont heureusement modifiées par le massage. Ces symptômes du reste sont d'ordinaire sous la dépendance d'une altération plus profonde du système nerveux dont nous aurons l'occasion de parler plus loin.

§ 2. — TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ ET BOURSES SÉREUSES.

Le tissu cellulaire sous-cutané constitue une forte couche graisseuse d'une texture plutôt dense sur le moignon de l'épaule, lâche et de plus en plus lamelleuse en s'avancant dans le creux axillaire. Vis-à-vis le sommet de l'acromion il n'est pas rare de rencontrer une petite bourse muqueuse destinée à faciliter le glissement de la peau. (Panas.)

On sait, en outre, que dans certaines professions, l'habitude de porter des fardeaux sur les épaules provoque l'apparition de bourses séreuses dans les points le plus souvent soumis à la pression.

On sait aussi que ces bourses séreuses sont sujettes à s'enflammer, à devenir douloureuses et même à s'abcéder.

La bourse muqueuse sous-deltoïdienne est une de celles dans lesquelles on trouve le plus souvent de l'hygroma.

Voici ce que dit, à ce sujet, M. Duplay :

Les traumatismes directs ou indirects de l'épaule sont très fréquemment suivis d'une inflammation des tissus qui entourent l'articulation scapulo-humérale; cette périarthrite, en se localisant plus particulièrement dans la bourse séreuse sous-acromiale et dans le tissu cellulaire sous-deltoïdien, détermine l'épaississement, l'induration du tissu cellulaire et des parois de la bourse sous-acromiale, la formation d'adhérences, de brides fibreuses qui gênent ou empêchent complètement le glissement de l'extrémité supérieure de l'humérus au-dessous de la voûte acromiale et de la face profonde du deltoïde.

De son côté, M. Wrehtind écrit les lignes suivantes au sujet de l'inflammation de la bourse muqueuse sous-deltoïdienne :

« Avant d'abandonner les maladies des articulations, dit-il, je dirai quelques mots d'une affection de l'épaule qui n'est pas rare, mais que souvent les médecins ne voient pas ou qu'ils méconnaissent, de telle sorte que l'articulation peut devenir moins utile qu'elle ne devrait l'être. J'ai vu souvent de tels cas, beaucoup étaient très anciens. Comme ils semblaient incurables on ne les traitait point. J'en ai soigné quelques autres, soit avant que la méthode du massage fut connue, soit depuis. Ces maladies surviennent après des luxations, après des

entorses de l'épaule, des chutes ou des coups sur la région, parfois après des douleurs rhumatoïdes ou sans cause connue. Elles produisent de la raideur, la mobilité est diminuée partout en haut et en arrière.

« Le malade lève difficilement le bras : il est très gêné pour mettre ses habits et réussit difficilement à porter la main par sa face palmaire jusqu'à la colonne vertébrale. Il n'éprouve de douleurs dans l'épaule que pendant les mouvements ou les efforts et croit souvent d'après ce que lui a dit le médecin, que son bras est en partie paralysé ou ankylosé ; ce n'est pas le cas. Tous les muscles fonctionnent et le malade peut faire des mouvements actifs presque aussi étendus que les mouvements passifs imprimés au membre. A un examen superficiel il semble que l'affection est constituée essentiellement par une adhérence anormale du bras à l'omoplate, parce que cet os suit plus rigoureusement qu'à l'état normal tous les mouvements du bras. En examinant avec un peu plus de soin, on s'aperçoit que le membre peut être élevé activement ou passivement, sans que l'omoplate prenne part à ce mouvement ; de plus on ne provoque point la moindre douleur ; l'omoplate commence à suivre le mouvement du bras en haut quand celui-ci s'élève au-dessus du plan horizontal.

« Dans ces conditions le bras ne peut se mouvoir librement de côté au-delà d'un angle de 20 à 30 degrés.

« Tout ceci montre qu'il n'y a point d'adhérences anormales

dans l'articulation. Il n'y a ni œdème, ni induration du voisinage; on ne trouve pas autre chose que la sensibilité sur une surface de 1 centimètre carré entre la clavicule et l'acromion.

« Cette maladie, ajoute l'auteur, me paraissait très difficile à expliquer. Il y a quelques années, j'ai lu dans l'*Ugeskrift for Laeger*, l'analyse d'un travail français sur ce sujet. L'auteur la considère comme une inflammation de la bourse muqueuse placée entre le deltoïde et la capsule articulaire.

« Par suite de cette phlegmasie, il peut se faire entre eux des adhérences capables d'entraver les mouvements, opinion fondée sur des recherches anatomo-pathologiques. Je n'ai pas eu l'occasion d'en faire moi-même, malgré cela elle me paraît vraisemblable; dans le cas en question mon traitement a consisté en tapotements ou frictions autour de l'articulation, en mouvements énergiques. »

Le massage est donc un des meilleurs moyens pour combattre l'inflammation de ces bourses séreuses qu'elles soient sous-deltoïdiennes, c'est-à-dire placées profondément, ou bien sus-acromiales, c'est-à-dire superficielles.

Il agit de même dans les œdèmes du tissu cellulaire sous-cutané, dans l'œdème du nouveau-né, dans certains cas d'anasarque et dans la polysarcie, affection qui peut envahir toute l'économie, aussi bien l'épaule que les autres régions.

Nous n'insisterons pas toutefois sur ces dernières maladies qui, vu leur généralisation, réclament plutôt un massage hy-

giénique, complet et fréquemment répété, massage qui, à notre avis, ne doit pas être pratiqué par les mains du médecin (1).

§ 3. — MUSCLES.

Les muscles représentent les organes les plus importants de la région scapulo-humérale. Ils se partagent avec l'articulation elle-même les 9 dixièmes au moins des maladies qu'on y observe.

Il est difficile de séparer l'étude de leurs altérations de celle des arthropathies proprement dites. Toutefois, pour plus de clarté, nous ferons deux classes distinctes. Dans la première, celle dont nous nous occupons ici, nous rangerons les affections dans lesquelles le muscle est atteint tout d'abord, l'articulation n'étant prise que consécutivement ; dans la seconde, nous étudierons les maladies articulaires, bien qu'elles soient presque toujours susceptibles de produire des troubles profonds dans le système musculaire.

Les muscles de l'épaule, nous l'avons dit plus haut, sont nombreux et l'exposé de leur forme et de leur situation anatomique est, croyons-nous, utile à rappeler ici.

Le premier de tous et le plus important par sa position, son volume et ses fonctions est le deltoïde qui enveloppe l'articu-

(1) Voir Observations I, II, III et IV.

lation en tous sens. Il s'insère par sa base à l'acromion et au tiers externe de la clavicule, par son sommet à l'empreinte deltoïdienne de l'humérus. Ses fibres sont antérieures moyennes et postérieures. Les antérieures se dirigent obliquement en bas et en arrière, les postérieures en bas et en avant, et les moyennes directement en bas.

La direction de ces fibres est utile à connaître, parce qu'elle sert de guide aux doigts du masseur.

Quant aux autres muscles, nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à M. Panas leur description qui est à la fois claire et concise.

Des muscles nombreux qui se trouvent groupés autour de l'articulation de l'épaule, dit-il, les uns sont intrinsèques et les autres extrinsèques.

Parmi les premiers nous signalerons, outre le deltoïde dont il a été déjà question, les muscles sous-épineux et petit rond qui s'insèrent tous deux à la facette postérieure du trochiter; le sus-épineux se fixant sur la facette antérieure et supérieure de cette apophyse et le sous-scapulaire qui occupe à lui tout seul le trochin ou petite tubérosité de l'humérus.

Le muscle grand rond est aussi un muscle intrinsèque bien qu'il confonde son insertion mobile avec celle du grand dorsal.

Un grand nombre de muscles extrinsèques s'insère sur l'un des trois os qui concourent à former l'épaule et doivent être

mentionnés ici en tant que cela nous servira dans l'étude de la physiologie des mouvements de l'épaule.

Le grand dorsal, en compagnie du grand rond, se fixe sur la lèvre postérieure et le fond de la gouttière bicipitale de l'humérus en se comportant comme il suit. D'abord postérieur au grand rond, contourne en demi-gouttière le bord inférieur de ce muscle, lui devient antérieur et va se fixer au fond de la gouttière bicipitale, tandis que le grand rond s'insère sur la lèvre postérieure de cette gouttière.

Le tendon terminal du grand pectoral s'enroule aussi sur lui-même de façon que ses fibres supérieures deviennent inférieures, les inférieures supérieures, la face antérieure postérieure et la postérieure antérieure. Cette torsion favorise l'action d'ensemble des diverses parties qui composent le muscle en même temps qu'elle augmente la solidité du tendon qui s'insère sur toute la hauteur de la lèvre antérieure de la gouttière bicipitale.

Deux tendons s'insèrent sur le pourtour de la cavité glénoïde de l'omoplate, à savoir la longue portion du biceps en haut et la longue portion du triceps, grand anconé, en bas. Le premier de ces tendons se dédouble à sa terminaison pour se terminer directement avec le bourrelet fibro-cartilagineux, dit glénoïdien qui sert de bordure à la cavité glénoïde de l'omoplate.

On peut considérer ces deux tendons, surtout celui du bi

ceps comme des ligaments qui s'opposent aux déplacements anormaux de la tête humérale hors de sa cavité lors des mouvements d'élévation et d'abaissement du bras.

Le tendon du biceps, entièrement fibreux, grêle et long comparativement à celui du triceps se trouve d'abord logé dans une gouttière intermédiaire à la grosse et à la petite tubérosité de l'humérus, puis il pénètre dans l'intérieur de la capsule articulaire et va s'insérer du sommet au sourcil glénoïdien. Un dédoublement du périoste fixe ce tendon dans sa gouttière de réception en même temps que les tendons des muscles grand pectoral et grand dorsal le brident l'un en avant et l'autre en arrière. Un prolongement en doigt de gant de la séreuse articulaire accompagne le tendon assez bas et jusqu'au-dessous de la lèvre inférieure du grand pectoral, empiétant ainsi sur la racine du bras.

L'apophyse coracoïde donne insertion à deux muscles : par son sommet au tendon commun du coraco-brachial et de la courte portion du biceps, et par son bord antéro-interne au petit pectoral.

Le bord spinal et les angles tant postérieur qu'inférieur de l'omoplate servent de point d'attache à un grand nombre de muscles qui sont :

En arrière le rhomboïde et l'angulaire de l'omoplate, en avant outre le sous-scapulaire, le muscle grand dentelé qui joue un grand rôle dans les mouvements d'élévation du bras

et de projection du membre supérieur en avant. Le bord supérieur du scapulum donne attache à l'omo-hyoïdien qui s'insère près de la base de l'apophyse coracoïde. L'épine de l'omoplate et l'acromion, outre le deltoïde, donnent encore insertion au muscle trapèze. La clavicule elle-même qui par son extrémité externe appartient bien évidemment à la région de l'épaule donne insertion à deux muscles, à savoir au trapèze en haut et au muscle sous-clavier en bas.

L'anatomie topographique de la région de l'épaule suffit donc à démontrer combien il est nécessaire de faire un massage profond, prolongé et sur une très grande étendue, afin de rendre à l'articulation les mouvements qu'elle a pu perdre par une des causes que nous étudierons plus loin. Ce sont ces mouvements que nous allons d'abord passer en revue.

Le rôle important dévolu à l'épaule et au bras pour les besoins de la locomotion chez les animaux et de la préhension chez l'homme explique la grande mobilité dont jouit cette partie du corps dans la série animale. De ces mouvements complexes, les uns se passent à l'omoplate, d'autres ont pour siège principal l'articulation scapulo-humérale. Il va sans dire que ces deux ordres de mouvements se combinent et se complètent mutuellement de plus certains mouvements de l'avant-bras, ceux de pronation et de supination par exem-

ple, ont besoin pour s'exercer librement que l'épaule et le bras y participent dans une certaine mesure.

Une science surannée, fondée sur l'expérimentation cadavérique avait accrédité ici comme ailleurs bien des erreurs, et ce n'est qu'aux recherches de Duchenne de Boulogne que nous sommes redevables de mieux connaître l'action individuelle de chaque muscle.

I. — MOUVEMENTS DE L'ÉPAULE. — 1^o *Élévation verticale.*
— L'élévation de l'épaule s'associe à une foule d'actes qui sont en rapport avec la locomotion, la respiration et l'expression des passions, c'est pourquoi divers muscles concourent à la produire.

Dans l'élévation volontaire et sans effort, comme lorsqu'il s'agit d'exprimer le dédain ou le doute, la portion acromiale ou moyenne du trapèze se contracte seule.

S'agit-il, au contraire, de l'élévation de l'épaule se faisant instinctivement lors des grandes inspirations, la portion antérieure ou claviculaire du trapèze qu'anime le nerf spinal agit indépendamment du reste du muscle.

Lorsqu'il s'agit de soulever un fardeau avec l'épaule, trois autres muscles apportent leur concours au trapèze, ce sont : le rhomboïde, la portion supérieure du grand pectoral et l'angulaire de l'omoplate. Duchenne de Boulogne, contrairement à ce qui avait été enseigné avant lui a démontré que le grand dentelé n'y prenait aucune part.

2° *Élévation de l'épaule en avant et en haut.* — Quand le mouvement est inconscient, ainsi que cela se voit à la suite de l'impression du froid ou du sentiment de la crainte, la contraction de la portion supérieure du grand pectoral suffit seule pour le produire. Y a-t-il, au contraire, effort, comme lorsqu'il s'agit de pousser devant soi un corps très lourd, le grand dentelé se contracte avec une force de beaucoup supérieure à celle des muscles précédemment mentionnés.

3° *Adduction et abaissement des épaules.* — Cette attitude se produit soit dans certains mouvements de force du membre supérieur, comme pour attirer à soi un corps résistant, soit tout naturellement, comme chez le militaire dans la posture du port d'armes. Lors du simple rapprochement des deux omoplates vers la ligne médiane du dos, le grand dorsal agit seul, tandis que s'il s'ajoute un effort, le *rhomboïde* et le tiers inférieur du *trapèze* prêtent leur concours à ce muscle.

4° *Mouvement de rotation de l'omoplate autour d'un axe antéro-postérieur.* — Les auteurs classiques en se fondant sur l'expérimentation cadavérique, admettaient que l'omoplate tourne autour d'un axe fictif antéro-postérieur passant par le centre de cet os, de façon, par exemple, que l'angle spinal ne pouvait monter sans que l'acromion ne s'abaissât, *et vice versa*. Or tout cela est inexact, et des études électro-physiologiques de Duchenne (de Boulogne), il ressort clairement que le mouvement de rotation en question a pour centre tantôt l'*acro-*

mion, tantôt l'*angle spinal de l'omoplate*, suivant que le faisceau correspondant du trapèze se contracte ou non.

Lorsque le scapulum tourne autour de son angle acromial, les muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate entrent en action, tandis que c'est le grand dentelé qui agit, si l'angle spinal sert de point fixe.

L'angle inférieur de l'os décrit alors un arc de cercle qui le rapproche de la colonne vertébrale dans le premier cas et l'en éloigne dans le second.

II. — MOUVEMENTS DU BRAS. — 1° *Élévation*. — C'est là un acte complexe qui nécessite l'intervention aussi bien du bras que de l'épaule.

A partir du moment du repos jusqu'à l'élévation à angle droit, tout le mouvement se passe dans l'articulation scapulo-humérale. Les muscles qui concourent à ce premier temps de l'élévation sont le deltoïde et le sus-épineux, à quoi il faut ajouter le grand dentelé. L'action de ce dernier muscle consiste à maintenir l'omoplate fixe et à empêcher la subluxation de l'humérus en bas que la contraction isolée du deltoïde tend à produire, comme Duchenne (de Boulogne) l'a montré expérimentalement.

La rencontre de la tête et de la voûte coraco-acromiale établit la limite de l'élévation de l'humérus, et l'omoplate en tournant autour de son axe antéro-postérieur fait le reste. Grâce à ce mouvement, le bras peut être élevé jusqu'à la ren-

contre de la partie latérale de la tête au-delà de la verticale. Pendant que le mouvement de rotation de l'omoplate s'effectue, on voit manifestement l'angle acromial s'élever de plus en plus, en même temps que l'angle inférieur décrit un arc de cercle de dedans en dehors, qui l'éloigne de la ligne médiane. Quant à l'angle interne de cet os, il reste immobile et sert de centre du mouvement.

Pour faire tourner l'omoplate de la sorte et élever l'acromion, c'est la portion inférieure ou radiée du grand dentelé qui se contracte. A celle-ci s'ajoute, dans les mouvements de force, la portion acromiale du trapèze.

Tant que l'élévation du bras ne dépasse pas un angle de 45 degrés, les trois portions du deltoïde se contractent à la fois, au-delà, le faisceau postérieur de ce muscle se relâche, sans quoi il serait antagoniste des deux autres.

Il va sans dire que dans l'élévation oblique, soit en avant, soit en arrière, le faisceau correspondant du deltoïde se contracte pendant que le faisceau opposé se relâche.

Le muscle *sus-épineux*, qui est un élévateur au même titre que le deltoïde, sert surtout à appliquer l'humérus contre la cavité glénoïde, et contrairement à ces muscles, s'oppose à la façon d'un ligament actif, à tout déplacement de la tête en bas.

2° *Abaissement du bras.* — L'abaissement oblique en avant et en dedans du bras, préalablement élevé, est produit

par le grand pectoral jusqu'à l'horizontale, le tiers supérieur du muscle agit principalement, tandis qu'au-delà sa portion inférieure se contracte seule, pendant que la supérieure se relâche.

L'abaissement *oblique* en arrière et en dedans débute par la contraction du tiers postérieur du deltoïde, après quoi, le grand rond avec ses congénères, le rhomboïde et le grand dorsal, achèvent le mouvement. Il est à noter qu'à partir du moment où le bras forme avec le tronc un angle de 45 degrés, le tiers postérieur du deltoïde cesse de se contracter, et les autres muscles déjà cités achèvent d'attirer le bras en bas et en arrière.

L'abaissement *direct* du bras est produit par tous les muscles mentionnés précédemment, à l'exception du tiers supérieur du grand pectoral. Il faut y ajouter toutefois la longue portion du triceps, qui agit bien moins comme un abaisseur que comme agent fixateur de la tête contre la cavité glénoïde. Dans l'abaissement pur et simple, c'est-à-dire sans effort, la pesanteur suffit pour faire tomber le bras, mais toutes les fois que l'abaissement rencontre de la résistance ou exige de la force, les muscles précédemment indiqués entrent en action soit ensemble, soit isolément.

Le *grand rond*, outre son action sur l'humérus, concourt à élever puissamment le moignon de l'épaule, aussi, lorsqu'on

veut soulever vigoureusement un poids avec l'épaule, on commence par rapprocher le bras du tronc.

3° *Mouvements de rotation du bras.* — Les muscles sous-épineux et petit rond réunis font tourner le bras *en dehors* sur son axe longitudinal. Le muscle grand rond n'a qu'une action rotatrice très limitée, en supposant même qu'elle existe réellement.

Le muscle sous-scapulaire fait tourner l'humérus sur son axe longitudinal de dehors *en dedans*.

Ces mouvements de rotation du bras sur son axe longitudinal concourent à compléter la pronation et la supination, qui seraient très bornées sans cela.

Bien que la longue portion du biceps s'insère à la partie supérieure de la cavité glénoïde, elle n'exerce aucune action, sur le scapulum et sert seulement de ligament actif pour maintenir en place la tête humérale, lors de la flexion avec effort de l'avant-bras sur le bras. (Panas.)

Nous nous sommes étendu un peu longuement sur l'étude de la physiologie des mouvements de l'épaule, mais la connaissance approfondie de ces mouvements est indispensable pour pouvoir juger quelle est la série des muscles atteints dans l'impotence partielle de l'épaule. C'est en effet sur ces muscles seuls que le massage devra agir, si l'on ne veut s'exposer, en les massant tous, à augmenter parallèlement leur puissance, de

telle façon que les muscles malades restent toujours relativement plus faibles que les muscles sains. L'exemple est plus frappant encore dans les déviations de la colonne vertébrale où l'on s'est souvent acharné à masser les muscles du côté de la convexité de la courbure, alors que ceux de la concavité sont parésiés et atrophiés, les premiers ne se contracturant que consécutivement à la paralysie des seconds. Dans ce cas la déviation au lieu de diminuer par le massage, ne ferait que s'accroître.

Maintenant que nous avons passé en revue l'anatomie et la physiologie des muscles de l'épaule, il nous reste à parler de leur pathologie et des cas dans lesquels le massage est indiqué.

L'étude des affections des muscles de l'épaule est bien à coup sûr plus importante que celle des affections des autres organes de la région.

Nous avons vu qu'il était difficile de distinguer cette étude de celle des lésions de l'articulation elle-même, et, pour plus de clarté, nous avons dit que nous ne nous occuperions ici que des affections musculaires primitives, c'est-à-dire apparaissant avant toute lésion articulaire. Mais une nouvelle difficulté surgit, même en adoptant cette classification, c'est l'impossibilité presque absolue de séparer les maladies ayant leur siège dans la fibre musculaire ou dans le tissu nerveux. Aussi, pour éviter des répétitions, nous décrirons ici ces deux genres d'af-

fections que la première soit consécutive à la seconde, ou *vice versa*. Dans le paragraphe consacré aux nerfs de l'épaule, nous ne nous occuperons que des accidents ayant intéressé seulement ces organes.

Contusions.

S'il est une partie du corps où les contusions, souvent même les plus légères, présentent un caractère de gravité exceptionnel, on peut bien dire que c'est la région de l'épaule.

Lorsqu'on a l'occasion d'observer ces contusions peu de temps après l'accident, on constate parfois, en dehors des phénomènes douloureux, la paralysie d'un seul muscle ou d'une série de muscles, et en particulier de ceux sur lesquels le choc a porté. Sous ce rapport, le deltoïde est celui qu'on trouve affecté le plus souvent.

Si c'est le *deltoïde* qui est atteint, l'acromion fait saillie, le moignon de l'épaule est aplati, le bras s'allonge par suite de l'écartement de la tête de la cavité glénoïde, et le muscle ne peut plus se contracter volontairement.

La paralysie du *grand dentelé* provoque la saillie du bord spinal de l'omoplate, la chute du moignon de l'épaule et le mouvement de bascule du scapulum lorsque se produit l'élévation de l'épaule. Cette paralysie est souvent associée à celle du deltoïde.

Tous les autres muscles de l'épaule, *trapèze, sous-épineux, petit rond, sous-scapulaire, grand rond, sus-épineux*, etc., peuvent aussi se paralyser isolément; nous ne pouvons entrer ici dans l'étude détaillée des signes caractéristiques de chacune de ces paralysies et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer le lecteur au merveilleux ouvrage de Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation localisée.

Si nous observons les contusions un certain temps après l'accident, nous voyons que l'articulation elle-même ne tarde pas à participer aux désordres musculaires, des adhérences se produisent, non seulement les mouvements actifs de l'épaule sont impossibles, mais encore les mouvements passifs deviennent de plus en plus difficiles, douloureux, et, enfin, l'épaule devient presque tout à fait immobile.

Toutes ces lésions, quelle que soit leur gravité, sont curables par le massage et les mouvements forcés, à condition toutefois qu'elles ne soient pas consécutives à une altération centrale, médullaire ou cérébrale. Nous nous occuperons, plus loin de ces dernières.

On trouvera dans nos observations, à la fin de notre travail, des cas de malades atteints plus ou moins gravement; nous n'avons pas cru devoir insister sur la relation des contusions légères n'ayant occasionné qu'une faible douleur, cause de la

gène des mouvements de l'épaule, et ayant guéri après une seule séance de massage (1).

Contractures.

Les muscles de l'épaule peuvent, comme tous les autres muscles se contracturer ou se rétracter. Cette contracture est due soit à la paralysie des muscles antagonistes, soit à une myosite, à l'action de la syphilis ou du rhumatisme, soit au rapprochement de leurs insertions par suite de cicatrices, de fractures consolidées angulairement, etc., soit enfin aux altérations du système nerveux cérébro-spinal.

Nous ne dirons qu'un mot de ces affections qui n'ont rien de particulier pour la région de l'épaule et qui relèvent classiquement, comme on le sait, du massage. Ce dernier agit soit en donnant plus de souplesse aux fibres contracturées, soit en rendant l'énergie aux fibres antagonistes paralysées.

Quant aux contractures dues aux altérations du système nerveux cérébro-spinal, nous aurons l'occasion d'y revenir plus tard, en parlant de l'hémiplégie.

Ruptures musculaires.

Les ruptures musculaires, lorsqu'elles ne sont pas produites par des instruments tranchants, sont assez rares. On trouvera

(1) Voir observations V et VI.

cependant, dans nos observations, un cas de rupture du deltoïde dû au D^r Hamon et dans lequel il déclare avoir retiré les meilleurs effets de l'emploi du massage (1).

Myosite.

Le tissu musculaire est, comme les autres tissus, susceptible de s'enflammer. La myosite est cependant assez rare, j'ai eu toutefois l'occasion d'en observer un cas sur les muscles du bras et de l'épaule (2). Un certain nombre d'auteurs en ont également relaté des observations sur les muscles de l'épaule, nous en reproduisons plusieurs à la fin de notre travail (3).

La myosite est caractérisée, à sa dernière période, par des indurations fibro-musculaires de grosseur variable que l'on pourrait confondre avec l'infiltration syphilitique des muscles si l'on n'avait pour établir le diagnostic, les antécédents du malade et l'épreuve du traitement antisiphilitique.

Hémiplégie.

On s'étonnera peut-être de nous voir ranger l'hémiplégie parmi les affections de l'épaule, cette maladie atteignant d'ordinaire tout un côté du corps, face, bras, jambe. Toutefois les

(1) Voir observation VII.

(2) Voir observation VIII.

(3) Voir observation IX, X et XI.

résultats que nous avons obtenus par le massage, sur le bras et l'épaule, en particulier, nous ont engagé à parler ici des paralysies du bras et de l'épaule d'origine centrale.

Le traitement de ces paralysies par le massage est, croyons-nous, assez nouveau. Plusieurs auteurs même ont déclaré *théoriquement* qu'il devait être nuisible.

Nous ne connaissons, sur ce sujet, d'autre étude sérieuse que la thèse de notre ami le docteur Leguy, ayant pour titre : *Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies*. On trouve également quelques observations de M. Courtade, dans l'Encéphale, la plupart sont consignées dans la thèse citée plus haut.

En général, dans l'hémiplégie, tous les muscles de l'épaule sont atteints de paralysie à un degré plus ou moins avancé.

Ce n'est pas ici le lieu de nous étendre sur les diverses sortes de paralysie ou d'étudier leur origine précise, la seule chose à laquelle le massage s'adresse, c'est le symptôme, c'est-à-dire la perte du mouvement et parfois de la sensibilité dans toute une partie du corps, la partie opposée à la lésion encéphalique.

Cette paralysie peut être subite, c'est-à-dire se montrer aussitôt après l'accident cérébral, ou bien faire peu à peu des progrès et passer de la simple gêne des mouvements à la perte la plus complète.

Quel que soit le genre de paralysie et à quelque moment de

son évolution que se présente le malade, je crois qu'on peut, de suite, pratiquer le massage qui arrive, dans les cas peu avancés, à prévenir ou à retarder la contracture et dans les cas tardifs à combattre cette même contracture.

C'est là l'opinion de M. Zabudowsky, mais ce n'est pas celle de M. Courtade.

M. Courtade nous dit, en effet, que le massage périphérique produit, au début de la lésion, une excitation nuisible sur les centres médullaire et cérébral. Le massage, d'après lui, ne devrait être pratiqué que lorsque les muscles ont déjà de la contracture. Si l'on masse plus tôt, dit-il, non-seulement on peut exciter fâcheusement les centres nerveux, mais encore on place le malade dans un état de stupeur caractéristique ; aussitôt après une séance un peu prolongée, il a une tendance invincible au sommeil.

Je répondrai à cela que j'ai trouvé cette tendance au sommeil non-seulement chez des hémiplégiques au début, mais aussi chez des hémiplégiques dont les lésions étaient anciennes. De plus, il est à remarquer que ce n'est pas uniquement après les séances de massage que se manifestent ces envies de dormir, mais bien aussi à la suite de tout effort, même peu intense, et de tout exercice.

Or, on ne peut pas dire que les hémiplégiques qui marchent, ou qui se servent de leur bras lorsqu'ils le peuvent, arrivent

plus rapidement que les autres à la contracture, ou présentent des accidents plus graves ou plus fréquents.

Le massage n'est autre chose qu'une gymnastique localisée dont on peut à volonté graduer la durée et l'intensité et cette gymnastique m'a toujours paru utile dans les cas d'hémiplégie récents ou anciens parce qu'elle lutte contre la tendance à l'atrophie, la contracture et surtout contre la formation d'adhérences dans l'articulation scapulo-humérale trop longtemps immobilisée.

Je me rallierai donc volontiers aux conclusions de mon ami, le docteur Leguy qui dit, en parlant de l'hémiplégie :

Le massage fait cesser la contracture.

« Le massage est nettement indiqué dans les hémiplégies et les paralysies de cause organique centrale.

Il fera disparaître les contractures musculaires dues à la sclérose descendante et empêchera l'atrophie et la rétraction musculaire de survenir.

De même, dans les paralysies survenues dans le cours et la convalescence des fièvres telles que la fièvre typhoïde, le massage provoquera le retour rapide du muscle à son état normal. »

Loin de moi l'idée de faire du massage le remède infaillible des paralysies d'origine centrale, je dirai même qu'il les guérit rarement, mais je ne puis m'empêcher de reconnaître qu'il est de beaucoup supérieur à tous les moyens employés jusqu'ici,

intérieures ou externes, et que, dans tous les cas, on peut l'associer utilement à tous les autres traitements (1).

§ IV. — ARTICULATION.

Au point de vue du massage, l'articulation proprement dite, extrémités osseuses et ligaments, n'est pas aussi directement intéressée que les parties péri-articulaires. Toutefois, un certain nombre de ses lésions sont améliorées ou guéries par cette méthode qui, nous l'avons dit dans le paragraphe précédent, produit de bons effets dans tous les désordres consécutifs à une affection de l'articulation elle-même.

Trois os, unis entre eux par de solides ligaments, concourent à former cet article, l'omoplate, la clavicule et l'humérus. Tous trois peuvent être affectés dans les traumatismes de la région, mais nous n'insisterons pas sur ce chapitre cependant bien intéressant de la pathologie externe, pour ne pas sortir de notre sujet, et nous entrerons de suite dans le vif de la question en passant en revue les différentes lésions articulaires qui relèvent du massage.

Luxations

Il y a à distinguer suivant que la luxation est récente ou ancienne. Dans le premier cas le massage seul sera utile pour

(1) Voir observations XII, XIII, XIV, XV et XVI.

prévenir l'atrophie et en particulier l'atrophie du deltoïde si fréquente à la suite de cet accident. Je parle, bien entendu, des luxations réduites. Dans le second cas, il y aura toujours à la suite de l'immobilisation indispensable pour favoriser la réunion des ligaments déchirés, une gêne dans les mouvements de l'épaule, et quelquefois une impotence absolue. Ici, le massage combiné aux mouvements forcés sera le seul moyen de guérir le malade.

Nous n'avons pas à revenir sur la description des accidents provoqués par les luxations, ils sont en tout identiques, au point de vue de la massothérapie, à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe relatif aux lésions musculaires (1).

Entorses.

L'entorse scapulo-humérale sans être aussi fréquente que l'entorse tibio-tarsienne n'est cependant pas absolument rare. Les effets merveilleux du massage dans cette dernière sont si connus que nous n'insisterons pas davantage.

Nous nous bornerons à dire qu'à l'épaule comme au pied, si l'entorse est récente elle sera guérie en une, deux ou trois séances, si l'entorse est ancienne, la durée du traitement sera proportionnelle à la gravité des désordres consécutifs (raideur musculaire, atrophie, etc.) (2).

(1) Voir observations XVII, XVIII, XIX et XX

(2) Voir observations XXI, XXII et XXIII.

Hydarthroses

L'hydarthrose de l'articulation de l'épaule n'est pas très fréquente, et je ne pourrais citer d'observations dans lesquelles elle ait été traitée par le massage. Toutefois, si j'en juge par les bons effets qu'on en retire pour les autres articulations, et pour le genou en particulier, je puis dire qu'on ne saurait trop recourir à son emploi avant d'intervenir avec le trocart. Les expériences faites par M. Monsengeil avec de l'encre de chine injectée dans les articulations des animaux démontrent que le massage fait résorber ces épanchements avec la plus grande rapidité et sans accidents.

Arthrites

L'arthrite peut-être aiguë ou chronique.

Dans le premier cas, presque tous les chirurgiens recommandent le repos absolu pour éviter d'augmenter l'intensité de l'inflammation. Malgaigne, au contraire, pour éviter les raideurs articulaires, fait exécuter des mouvements à l'articulation malade dès le quatrième ou le cinquième jour.

M. Mezger, d'Amsterdam, préconise le massage dès le début de l'accident, et prétend n'avoir obtenu, pour ainsi dire, que des succès.

Pour notre part, nous agissons avec prudence en immobili-

sant la jointure pendant quelques jours, et, en ne pratiquant le massage qu'à la fin de la première poussée inflammatoire.

Il n'en sera plus de même lorsque nous aurons affaire à des arthrites chroniques.

Dans ce dernier cas, en effet, la phlegmasie est peu intense, et on se trouvera toujours bien d'une intervention fréquente et énergique (1).

§ V. — VAISSEAUX.

On a employé le massage dans les maladies du cœur, les angiomes et les varices. Pour cette dernière affection, en particulier, Norström, Ardouin, Dally et Lepage disent avoir obtenu de bons résultats.

Pour ce qui est de l'épaule, je ne sache pas qu'il ait été rien publié concernant le massage du système vasculaire de la région. Je conseillerai, même, surtout dans les manipulations énergiques, de ménager avec soin les vaisseaux, et principalement ceux qui sont placés dans le creux de l'aisselle où la peau est mince et le tissu cellulaire très peu épais.

§ VI. — NERFS.

Nous avons vu, à l'article hémiplegie, que le massage pouvait être utile dans les affections du système nerveux central.

(1) Voir observations xxiv, xxv, xxvi et xxvii.

Il ne l'est pas moins dans celles des nerfs périphériques, et, l'on sait, avec quelle rapidité, il arrive à guérir certaines névrites et certaines névralgies rebelles.

Ces névrites et ces névralgies sont relativement peu fréquentes à l'épaule. On trouvera, néanmoins, dans nos observations, la relation de deux cas de névralgie cervico-brachiale guéries par le massage (1).

(1) Voir observations xxviii et xxix

CHAPITRE III

Résumé et conclusions.

En résumé, nous dirons que quatre opérations seulement sont indispensables pour faire un massage utile, ce sont les frictions douces, les frictions fortes, les malaxations et les mouvements.

Nous profiterons de ces quelques lignes, à la fin de notre travail, pour indiquer un des mouvements que nous faisons exécuter, le plus souvent possible, en dehors des séances de massage, à nos malades atteints d'affections de l'épaule.

Ce procédé est des plus simples, il consiste à faire passer une corde dans un anneau fixé au plafond, et à prendre dans chaque main un des deux bouts de la corde. En opérant des tractions avec le bras sain, et, en maintenant le corps très droit, on fait faire au bras malade une gymnastique élémentaire qui empêche les adhérences de se former, et vient en aide, dans une grande mesure, au traitement massothérapique.

Pour terminer nous tracerons les quelques conclusions suivantes :

1° Le massage, pour être utile, doit être suffisamment prolongé;

2° Il est indiqué dans toutes les affections de l'épaule, récentes ou anciennes non compliquées de plaies;

3° Il peut porter sur tous les organes qui concourent à la formation de la région, sauf sur les vaisseaux situés trop superficiellement.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I (personnelle)

OEdème de l'épaule consécutif à une chute.

M^{me} V..., modiste, 43 ans, demeurant à Paris, fait le 25 juillet dernier une chute sur l'épaule droite, après un faux pas, sur le bord d'un trottoir.

L'accident eut lieu le matin vers midi, au moment où la malade se rendait chez elle pour déjeuner. Tout le reste de la journée, elle ne remarque rien d'anormal, sauf une légère ecchymose occupant toute la face externe de l'épaule, et une douleur peu intense lorsqu'elle voulait mouvoir son bras.

Le lendemain, à son réveil, elle s'aperçoit qu'elle ne peut plus faire aucun mouvement à cause de la douleur provoquée et de l'enflure de la région.

Je la vis ce jour-là, à cinq heures du soir, et je m'assurai qu'il n'y avait ni luxation ni fracture, ce qui fut assez difficile à cause de l'œdème considérable du membre, œdème occupant toute l'épaule et descendant jusqu'au tiers inférieur du bras.

Je pratiquai alors un massage qui dura près d'une heure, très superficiel d'abord, puis de plus en plus profond.

A la fin de la séance, l'enflure avait presque complètement disparu, et les mouvements du bras n'étaient plus douloureux.

Le 27 et le 28, deux nouvelles séances de massage, la première de trois quarts d'heure environ et la seconde d'une demi-heure.

Le 29, la malade reprend ses occupations et ne ressent plus aucune gêne, bien que l'ecchymose n'ait pas encore complètement disparu.

Je revis cette malade quelques jours après absolument guérie.

Obs. II (Dr G. Norström).

Inflammation aiguë de la bourse sous-deltôïdienne droite. — Massage. — Guérison.

M^{me} X..., traitée auparavant par le massage d'une affection chronique du genou est prise tout à coup pendant la nuit, au mois de juin 1880, d'une douleur extrêmement vive dans la région de l'épaule droite, douleur accompagnée de légers frissons. Chaque tentative faite pour remuer le bras en augmenté l'intensité. Bras pendant le long du tronc. La malade n'osait se hasarder à faire les moindres mouvements tant ils étaient pénibles. L'élévation ne pouvait aller jusqu'à l'horizontale. Dans la région, on trouvait un gonflement prononcé partout, dans la partie antérieure et externe.

C'est au point où la tuméfaction avait son maximum que la douleur était aussi la plus vive. Il y avait au même niveau une fluctuation parfaitement distincte. Dans l'élévation du bras, la tumeur diminuait de volume, mais elle devenait plus dure et plus résistante.

Rien du côté de l'humérus ni de la capsule articulaire. En introduisant les doigts dans l'aisselle, il est impossible de trouver la moindre distension de la capsule, même quand l'autre main embrassant l'épaule exerce une distension en bas. La fièvre et la douleur enlè-

vaient tout sommeil à la malade. L'affection semblait spontanée. Il n'y avait ni traumatisme, ni effort.

On arrivait facilement, en tenant compte des troubles fonctionnels, du siège de la tuméfaction et de la douleur, à localiser la maladie dans la bourse séreuse sous-delhoïdienne. Une séance de massage par jour. Après la sixième, il y avait déjà une amélioration très notable. La malade dormait plusieurs heures par nuit, en même temps, les mouvements du bras étaient plus étendus et plus faciles. L'élévation pouvait être portée jusqu'à l'horizontale. Les mouvements d'avant en arrière étaient presque normaux.

La guérison fut complète au bout de dix jours. Les mouvements du bras étaient absolument libres et indolents.

OBS. III (D^r G. Norstrom).

Inflammation chronique de la bourse séreuse sous-delhoïdienne droite datant de trois ans. — Massage. — Guérison.

M^{me} X..., 54 ans, atteinte depuis trois ans d'une affection qu'elle croyait rhumatismale. Elévation du bras très pénible, ne peut se peigner. Massage. Mouvements actifs et passifs. Après deux mois et demi de traitement, la malade pouvait se servir assez bien de son bras pour faire son ménage. L'amélioration s'est maintenue.

OBS. IV (D^r Wretlind).

Contusion de l'épaule, inflammation chronique de la bourse sous-delhoïdienne. — Massage. — Guérison.

E. L..., 64 ans, vient me trouver le 17 avril 1874, pour une douleur de l'épaule. Ce malade qui avait toujours été bien portant est tombé d'un escalier à l'époque de Noël, de telle sorte que le dos

et l'épaule ont porté. Depuis ce moment, il a toujours éprouvé de la raideur et de la douleur dans les deux articulations de l'épaule. Le bras ne saurait être élevé au-delà d'un angle de 45 degrés, et l'omoplate suit les mouvements du bras.

Dans les mouvements passifs, on peut porter le bras droit jusqu'à l'horizontale, mais le gauche ne peut être élevé aussi haut. Le droit peut être porté un peu en avant, le gauche non. Le malade ne peut toucher sa tête avec ses mains sans l'abaisser fortement. Des deux côtés il éprouve une vive douleur au point en question. Il y a également de la sensibilité de l'épaule en arrière de la jointure. Le traitement fut celui que l'on a indiqué plus haut.

21 avril. — Le bras droit peut être élevé jusqu'à 100, le gauche jusqu'à 90 degrés.

29 avril. — Le bras droit peut être élevé activement à 130 degrés, le gauche à 100.

15 mai. — L'élévation du bras droit est aussi complète que possible, le bras gauche peut être élevé jusqu'à 130 degrés. La douleur pendant le massage est notablement diminuée.

30 mai. — Les deux mains peuvent être élevées aussi haut que possible sans la moindre difficulté, elles peuvent toucher les dernières côtes dans toute leur étendue. Plus de sensibilité au voisinage de l'épaule.

OBS. V (personnelle)

Contusion récente de la partie postérieure de l'épaule. — Impotence. — Massage. — Guérison.

M. Vor..., peintre, 28 ans, fait, le 11 janvier 1891, une chute de sa hauteur sur l'épine de l'omoplate. Il existe à ce niveau une écorchure insignifiante, mais dès le lendemain, jour où je vis le malade,

les mouvements actifs de l'épaule étaient impossibles, et les mouvements passifs très douloureux. Rien dans l'articulation, ni dans le squelette.

Dès la fin de la première séance de massage, qui n'a pas duré moins de trois quarts d'heure, le malade peut lever l'épaule sans difficulté.

Je le vois le lendemain, 12 janvier, la douleur est revenue, mais moins forte que la veille; le malade peut faire quelques mouvements actifs. Nouvelle séance de massage, d'une durée de trente minutes, suivie du même résultat que la veille, c'est-à-dire de la réapparition des mouvements et de la disparition de la douleur.

Le 14 janvier, presque plus de gêne dans les mouvements; la douleur n'est pas revenue; massage de vingt minutes.

Je revois le malade le lendemain, la guérison est complète, et elle s'est maintenue depuis.

Je pourrais citer bon nombre d'observations identiques; mais les accidents étant très récents, il n'avait eu le temps de survenir, soit dans les muscles, soit dans l'articulation, aucune altération organique; aussi je m'abstiens d'en parler. Les suites ont été aussi simples que dans le cas précédent. Il n'en est pas de même des observations suivantes, à cause de l'ancienneté des lésions.

OBS. VI (personnelle)

Contusion de l'épaule. — Atrophie musculaire. — Adhérences articulaires. — Impotence. — Guérison.

M^{me} Goig..., 45 ans, ouvrière en bijoux de deuil, rue des Gravi-
liers, à Paris, fait une chute, le 20 août 1890, sur l'épaule gauche.
Ayant perdu connaissance pendant un certain temps, elle ne peut
préciser la façon dont elle est tombée.

Dès qu'elle revient à elle, elle ressent une douleur violente dans tout le bras. Un médecin qu'elle va voir, le lendemain, lui dit qu'elle n'a rien, et qu'au bout de deux ou trois jours de repos, la douleur sera passée.

Trois jours après, en effet, elle reprenait son travail.

Trois semaines plus tard, elle remarque un peu de gêne dans les mouvements de l'épaule. Cette gêne s'accroît peu à peu, mais comme la malade ne souffrait pas, elle finit par s'y habituer, de telle façon que lorsque je la vis, le 13 novembre, c'est-à-dire presque trois mois après l'accident, non seulement les mouvements actifs, mais encore les mouvements passifs étaient absolument impossibles. Les muscles étaient atrophiés. Le moindre effort, pour écarter le bras du tronc, arrachait des cris à la malade.

Je lui fis, les 13, 15, 17, 20 et 22 novembre, des séances prolongées de massage qui se terminaient par une malaxation aussi énergique et aussi profonde que possible, de toutes les parties péri-articulaires. Malgré cela, les mouvements que je pouvais imprimer à l'articulation, étaient des plus minimes, et chacun d'eux provoquait une rupture d'adhérences perceptible à la main et à l'ouïe.

Au bout d'un mois de massage (trois séances par semaine), les mouvements de l'épaule sont assez étendus. Le coude peut s'écarter du tronc, volontairement, d'environ 0^m30, et passivement le bras peut être placé dans la position horizontale.

Mais ces mouvements sont toujours douloureux, et le 28 décembre, elle déclare qu'elle est décidée à se faire endormir. Je lui en avais donné le conseil depuis longtemps, afin de pouvoir rompre plus facilement et d'un seul coup toutes les adhérences fibreuses.

Le 31 décembre, la malade fut endormie par le chloroforme, et malgré la résolution complète, je dus déployer une certaine énergie pour briser complètement les adhérences, et avec l'aide de mon ami, le docteur Peisson, faire mouvoir le bras en tous sens.

Les jours suivants, nouvelles séances de massage, assez prolongées, et élévation passive et complète du bras. Cette élévation n'est presque plus douloureuse, et, au bout de huit jours, je ne fais plus revenir la malade que deux fois, puis une fois par semaine.

A la fin de janvier, tous les mouvements actifs sont possibles et indolents.

J'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois depuis cette malade qui n'a plus aucune gêne dans les mouvements de l'épaule et est complètement guérie.

OBS. VII (D^r Hamon)

Rupture du deltoïde. — Massage. — Guérison.

Le lendemain à ma visite, dit M. le D^r Hamon, je m'aperçois que le malade ne peut remuer le bras gauche. Soupçonnant une lésion de l'organe, j'examine le membre avec attention. Le siège du mal est à l'épaule et une tuméfaction notable se remarque à la région sous-claviculaire externe. Le palper digital fait constater des indurations ayant en moyenne le volume d'une noisette. En outre, il existe au-dessous de la pointe de l'acromion, à la partie supérieure et antérieure par conséquent de l'articulation scapulo-humérale, une dépression assez profonde dans laquelle il est facile d'introduire la phalangette du pouce. Après s'être bien assuré qu'il n'y avait ni luxation de la tête humérale, ni fracture du col ou de l'apophyse acromiale, M. Hamon conclut à une lésion musculaire, c'est-à-dire à une rupture du deltoïde à ses insertions acromio-claviculaires.

L'événement, d'ailleurs, confirma bientôt la justesse de son diagnostic. Le bras malade fut mis au repos, placé dans une écharpe et l'épaule recouverte de compresses résolutives.

Sous l'influence d'une agitation extrême, M. X .. ne tarda pas à se livrer à des mouvements désordonnés dans lesquels l'élévation du

bras malade n'a pas été ménagée, élévation qui lui était, du reste, absolument impossible d'effectuer dans ses moments de lucidité.

Le 15 mai, le malade revoyait son médecin, en prétextant que depuis le 4 il n'avait pu porter la main à la tête. C'est alors que l'examen du membre rendit palpable la nature de la lésion. A la partie interne du bras gauche, tout le long du biceps, se voit une ecchymose assez foncée. A la région sous-claviculaire externe, siège primitif de la forte tuméfaction, déjà mentionnée, la peau offre dans une large étendue une coloration jaunâtre, derniers indices en ce lieu de la résorption interstitielle des fluides épanchés. Le moignon de l'épaule, à sa partie antérieure, est encore le siège d'une tuméfaction sensible. Il ne reste plus aucune trace de la profonde dépression sous-acromiale...

Sous l'influence de manœuvres méthodiques et d'un massage suffisamment prolongé, le malade recouvra séance tenante, la spontanéité de ses mouvements.

OBS. VIII (personnelle)

Myosite syphilitique. — Massage. — Amélioration.

M. Pra... d'Asnières, 52 ans, se plaint depuis le milieu de l'année 1890, d'une douleur sourde et continue dans l'épaule droite.

Lorsque je le vois, le 7 novembre 1891, je constate une gêne considérable des mouvements de l'articulation et des nodosités ligneuses et très douloureuses à la pression, le long du deltoïde et surtout du biceps.

Le malade a eu la syphilis à l'âge de 37 ans. Depuis six mois environ, il prend de l'iode de potassium, mais sans remarquer aucun changement dans son état.

Massage trois fois par semaine du 7 novembre à la fin de décembre.

A ce moment le malade, obligé de partir dans le Midi, ne peut continuer à se faire masser, mais les mouvements actifs de l'épaule sont devenus possible et la douleur a presque complètement disparu.

Nous regrettons de n'avoir pu suivre ce malade jusqu'au bout, car nous pensons qu'il n'eût pas tardé à obtenir sa guérison.

OBS. IX (D^r G. Norstrom)

Myosites symétriques limitées des deux deltoïdes ; troubles moteurs et sensitifs des doigts. — Massage. — Guérison.

M^{me} Sn, 42 ans, souffre depuis plusieurs années de douleurs rhumatismales en différents points du corps, et surtout dans les deux bras. Ces douleurs ont laissé l'automne dernier une certaine faiblesse du côté droit. La malade peut bien lever ses deux bras à la hauteur ordinaire, mais elle le fait avec de sérieux efforts et par saccades ; chaque fois que les mains sont exposées au froid, surtout lorsqu'elle les plonge dans l'eau froide, elle éprouve un fourmillement qui part de l'extrémité des doigts, et s'étend dans l'avant-bras. Les doigts deviennent blancs et insensibles, toutes leurs articulations se tuméfient et la malade ne les fléchit que difficilement ; ne sentant plus bien les objets qu'elle prend, elle les laisse facilement tomber. Ces accidents ne durent qu'une demi-heure et laissent après eux une rigidité qui dure toute la journée.

Les médecins consultés ont tous déclaré que ces accidents étaient exclusivement nerveux. En examinant avec soin les deux bras, on trouve une induration du volume d'une petite noix dans l'épaisseur des deux deltoïdes, non loin de leur attache inférieure, celle de droite est plus prononcée.

La pression à ce niveau produit une douleur violente qui s'irradie sur le trajet du nerf cubital, et produit un frémissement qui va jusqu'au bout des doigts et persiste une dizaine de minutes au moins

Massage. Après trois semaines de ce traitement, la force du bras augmente ; en même temps l'induration devient un peu moins ferme. Cette personne peut faire claquer ses doigts du côté gauche, et même du côté droit, bien qu'un peu plus difficilement ; les mouvements nécessaires pour cela étaient auparavant tout-à-fait impossibles. Le massage fut continué pendant six semaines, tous les jours. Ce traitement a pour résultats de rendre la force aux deux bras et de faire disparaître les indurations, sauf à droite où il en reste encore une peu prononcée, plus de symptômes subjectifs ; peut plonger ses mains dans l'eau froide sans accidents ; 3 ans après la fin du traitement, la guérison s'était maintenue.

OBS. X (Dr G. Norstrom)

*Myosites deltoïdiennes. — Difficulté des mouvements de la main. —
Massage. — Guérison.*

M. D..., 34 ans, monte souvent à cheval, se plaint de ce que depuis un an, il ne peut plus tenir la bride comme autrefois. Après un quart d'heure ou une demi heure, il a les bras, surtout le droit, tellement fatigués qu'il éprouve dans l'avant-bras droit une vive douleur, qui s'irradie vers l'épaule et l'oblige à lâcher les deux brides ; est obligé de se reposer pendant un certain temps pour pouvoir continuer sa promenade à cheval ; n'a jamais éprouvé dans le bras que quelques douleurs vagues auxquelles il a attaché peu d'attention ; douches froides, électricité, sans résultat.

Le deltoïde droit présente une induration du volume d'une noisette ; une autre plus petite et plus plate, se trouve près du bord droit du brachial antérieur ; à gauche tuméfaction limitée, non dure mais sensible à la pression, siégeant également près du bord droit du brachial antérieur.

Massage continué sans interruption tous les jours pendant deux mois et demi. Guérison.

OBS. XI (D^r G. Norstrom)

Myosite du deltoïde droit. — Massage. — Guérison

Madame L..., 51 ans a commencé il y a trois ans à ressentir des douleurs dans le côté gauche, ainsi que dans l'épaule et le bras correspondants. La douleur habituellement sourde, devenait par moments très vive, elle se faisait sentir aux changements de temps et surtout quand il y avait du brouillard. A ce moment elle prend le caractère névralgique et s'irradie sur la face antérieure au bras, parfois jusqu'à la main, la malade souffre moins pendant l'été. Depuis plus d'un an elle ne souffre plus du côté gauche mais le mal a toujours été en augmentant dans l'épaule et le bras, de sorte que dans ces derniers temps, elle n'a pu faire son métier. (Elle est concierge.)

Les différents médecins consultés ont parlé de rhumatisme, de goutte. Elle a pris assez de médicaments pour devenir dyspeptique, pas assez pour être guérie. Bains sulfureux. Frictions à la thérébentine. Pommade camphrée. Peut lever les bras jusqu'à l'horizontale, arrive avec le bout des doigts vers le bord postérieur de l'oreille mais ne peut aller plus loin. Ne peut se peigner. Il est possible d'imprimer au bras des mouvements passifs d'étendue normale ; mais lorsqu'on approche de la limite physiologique, elle éprouve une vive douleur dans l'épaule. Ce bras est beaucoup moins fort que l'autre.

Induration musculaire, occupant les $\frac{2}{3}$ inférieurs du bord antérieur de la région deltoïdienne droite dans toute son épaisseur et dans une largeur de deux centimètres et demi.

Lorsqu'on presse sur ce point, la malade accuse une violente douleur, s'irradiant le long du nerf médian jusqu'aux extrémités des doigts. Atrophie légère de ce muscle. Rien d'anormal dans l'arti-

culation scapulo-humérale, ni dans les autres articulations du membre supérieur.

Massage. Après trois mois, la malade se sert parfaitement de son bras et ne ressent plus la moindre douleur.

OBS. XII (personnelle)

Hémiplégie droite d'origine cérébrale. — Massage. — Amélioration.

M^{me} C.... 46 ans, couturière, demeurant à Paris, se réveille un matin, vers la fin de mars 1890, avec de la difficulté pour parler et de la gêne dans les mouvements du bras. Cette gêne va s'accroissant de jour en jour et deux fois, à un mois d'intervalle, la malade perd connaissance, revenant à elle chaque fois avec une aggravation de la paralysie qui ne tarde pas à gagner la jambe du même côté.

Lorsque je la vois le 16 juillet 1891, les mouvements d'élévation du bras sont encore possibles, mais difficiles, la malade ne peut plus coudre.

Trois séances de massage par semaine. Au bout de la sixième séance, la malade commence à pouvoir se servir de son aiguille, cette amélioration continue jusqu'au 5 août, jour où elle eut une nouvelle perte de connaissance, suivie, comme les autres fois, d'une aggravation de la paralysie.

Continuation du massage, amélioration, nouvelle attaque le 17 août.

Cette attaque est la dernière. Depuis cette époque, la malade continue à se faire masser. La contracture qui apparut après le 17 août s'amenda peu à peu et, depuis ce moment, le bras est toujours resté dans le même état.

Il est à noter que les muscles, grâce au massage ne sont pas atrophiés. La malade peut encore lever le bras au-dessus de sa tête et saisir les objets qu'on lui présente. Elle fait elle-même son ménage.

Cette observation est intéressante à plusieurs chefs.

Lorsque je reste 5 ou 6 jours sans masser le bras malade, la contracture se manifeste de nouveau et les douleurs réapparaissent.

En second lieu, ce qui prouve bien que l'altération des centres nerveux a continué son cours et que, malgré cela, le massage a modifié heureusement les symptômes, c'est que la jambe qui n'a jamais été massée et qui était à peine plus lourde et plus embarrassée que celle du côté opposé est aujourd'hui dans la presque impossibilité de se mouvoir alors que le bras a conservé sa mobilité volontaire.

Enfin, l'électricité faradique et galvanique qui a été essayée affecte désagréablement la malade qui prétend souffrir davantage lorsqu'on la lui applique.

OBS. XIII (personnelle)

Hémiplégie droite. — Massage. — Amélioration.

M. J... à Ménilmontant, sculpteur sur bois, 66 ans, tombe frappé d'une hémorrhagie cérébrale au mois d'octobre 1891.

Il reste sans connaissance pendant plusieurs heures, on le transporte chez lui, et, lorsqu'il se réveille, il est paralysé complètement du côté droit et ne peut plus parler.

L'état de la jambe s'améliore peu à peu, spontanément, et la parole redevient possible bien qu'embarrassée.

Je vois ce malade le 28 décembre 1891, c'est-à-dire environ deux mois et demi après l'accident.

Il peut marcher en traînant sa jambe, mais les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main sont impossibles, le malade ne peut saisir aucun objet, ni ouvrir ses doigts, ni porter ses doigts à sa bouche. Le poignet et la main sont considérablement oedématisés.

Massage et électrisation faradique.

Au bout de 12 séances, les doigts peuvent saisir un objet, mais non s'ouvrir pour le lâcher, l'avant-bras se fléchit légèrement sur le bras, mais sans pouvoir dépasser l'épigastre.

Aujourd'hui, 1^{er} mars 1892, les doigts sont un peu plus mobiles, la main peut être portée jusqu'à la bouche et le coude s'écarte du corps d'environ 20 centimètres dans tous les sens. L'œdème a presque complètement disparu.

OBS. XIV (personnelle)

Hémiplégie gauche ancienne. — Massage. — Amélioration.

M^{me} Jag..., 34 ans, fleuriste, quai de l'Hôtel-de-Ville, à Paris, hémiplégie datant de sept ans.

Lorsque je vois cette femme, le 27 décembre 1889, le bras et la jambe gauche sont complètement paralysés. Non seulement les mouvements actifs, mais encore les mouvements passifs de l'épaule sont impossibles. La flexion et l'extension de l'avant-bras sur le bras, sont très limités. Forte contracture, adhérences articulaires.

Séances de massage de vingt minutes tous les deux jours. La contracture disparaît peu à peu.

Au bout de la quinzième séance, tous les mouvements passifs de l'épaule sont possibles, les mouvements actifs sont encore très limités.

La malade a eu en tout 32 séances de massage, au bout desquelles elle cessa de venir; il lui était possible de lever son bras jusqu'à la position horizontale et de saisir les objets à sa portée.

La jambe n'a pas été massée et est restée dans le même état.

J'ai revu cette malade six mois plus tard; la contracture a reparu moins violente toutefois qu'au début; cependant, quelques mouvements volontaires de l'articulation scapulo-humérale sont encore possibles.

La malade demandait, si en se soumettant de nouveau au traitement, on pouvait lui assurer la guérison. Une réponse négative lui ayant été faite, je n'ai pas eu l'occasion de la revoir depuis.

OBS. XV (personnelle)

Hémiplégie gauche ancienne. — Massage. — Amélioration.

M. Allam..., 73 ans, demeurant à Paris, est atteint depuis 12 ans, d'hémiplégie du côté gauche. Paralysie du bras et de la jambe, contractures, adhérences articulaires.

Treize séances de massage du 3 janvier 1891, au 12 février.

A ce moment, quelques mouvements sont possibles, la contracture a diminué, mais le malade n'ayant pas eu la patience de continuer le traitement, n'a pas été revu depuis.

OBS. XVI (personnelle)

Hémiplégie droite, récente. — Massage. — Amélioration.

M. Pr. ., 28 ans, ouvrier plombier, demeurant à Paris, est atteint d'hémorrhagie cérébrale le 18 juillet 1891.

Je le vois le 29 juillet; paralysie peu accentuée de la jambe, mais complète du bras.

Deux mois et demi de massage du bras, 3 séances par semaine; l'état du bras est resté à peu près stationnaire; les mouvements actifs paraissent cependant un peu plus faciles qu'au début, surtout ceux de préhension.

L'état de la jambe qui n'a pas été massée, s'est aggravé. Le malade fauche légèrement et traîne le pied.

Il n'a pas eu la patience de continuer le traitement et n'a pas été revu depuis.

OBS. XVII (personnelle)

Luxation ancienne réduite de l'épaule droite avec fracture de l'apophyse coracoïde consolidée. — Impotence de l'épaule. — Massage. — Guérison.

M^{me} Lev..., couturière, 29 ans, demeurant à Paris, rue Montmorency, reçoit, au mois de janvier 1890, une planche assez lourde qui lui tombe de champ et de plusieurs mètres de hauteur, sur l'épaule droite.

Elle entre à l'hôpital Laënnec où on réduit la luxation de l'épaule, puis on immobilise le bras.

Je vois la malade pour la première fois, le 11 mars 1891, c'est-à-dire plus d'un an après son accident.

L'avant bras a conservé sa mobilité normale. La malade a continué à coudre, mais, dit-elle, « il m'est absolument impossible de lever le bras pour repasser du linge ».

L'épaule est en effet presque tout à fait immobile. C'est à peine si on peut écarter le coude du corps d'environ 20 centimètres. Tous les muscles de la région sont atrophiés.

Il existe au niveau du tiers externe de la clavicule, un cal assez volumineux qui ne peut être autre chose que la trace de consolidation d'une fracture de l'apophyse coracoïde. La clavicule en effet, paraît normale sur toute son étendue.

Première séance de massage avec mouvements forcés de l'épaule, le 11 mars. Ces mouvements, même après une malaxation profonde de la région, de plus d'une demi-heure, sont encore très douloureux.

La malade se soumet à trois séances par semaine.

Vers la fin d'avril, c'est-à-dire au bout d'un mois et demi de massage, le bras peut être porté volontairement dans la position horizontale, et la main derrière la tête. Mais c'est à peine si l'on peut par les mouvements forcés dépasser cette situation. On sait, en effet,

que le mouvement d'élévation du bras se compose de deux temps, l'un dans lequel c'est l'articulation scapulo-humérale seule qui entre en jeu, le second dans lequel l'humérus étant arrêté par la voûte coraco-acromiale, entraîne avec lui l'omoplate, en portant vers le côté externe, l'angle inférieur de cet os.

Chez notre malade, cette voûte s'est abaissée par suite du volume du cal de l'apophyse coracoïde, ce qui a rendu très difficile le deuxième temps d'élévation du bras.

Le massage et les mouvements forcés sont continués trois fois par semaine jusqu'au 16 juillet 1891.

La durée du massage a donc été en tout d'un peu plus de 4 mois.

A ce moment, tous les mouvements compatibles avec l'ancienne fracture de l'apophyse coracoïde sont possibles. L'atrophie musculaire n'existe plus, et la malade peut repasser facilement, vaquer à toutes les occupations de son ménage et se peigner, ce qui on le sait, est un des mouvements les plus difficiles, pour les femmes atteintes d'une affection quelconque de l'articulation de l'épaule, parce qu'il est très étendu.

OBS. XVIII (personnelle)

Luxation récente de l'épaule. — Massage. — Guérison.

M. C..., concierge, rue Lecourbe, à Paris, fait une chute dans son escalier, le 14 septembre 1891. Il se présente le lendemain à la consultation à l'Hôtel-Dieu où on réduit sa luxation.

Le surlendemain, 16 septembre, tout en laissant le bras dans l'immobilité absolue, je pratique chaque jour un massage de 20 minutes environ sur les muscles de la région, et en particulier sur le deltoïde. On sait en effet que l'atrophie du deltoïde est un des accidents les plus communs, à la suite des luxations de l'épaule.

Lorsque le bras fut retiré de l'écharpe, il y avait seulement un peu de raideur de l'articulation, raideur qui céda facilement après trois séances de massage.

OBS. XIX (Dr G. Norstrom)

Luxation de l'épaule gauche. — Contusion. — Myosite aiguë et paralysie consécutive du deltoïde. — Myosite et parésie des fléchisseurs et des extenseurs des doigts. — Parésie du nerf cubital.

M. R. S..., 49 ans, tombe si malheureusement, à la fin du mois de juin 1880, que la partie interne de l'avant-bras porte sur le sol et qu'il se fait une luxation de l'épaule en avant. On applique immédiatement sur le moignon de l'épaule un sachet rempli de glace ; la luxation ne fut réduite que 17 heures plus tard sans difficulté. Il restait toujours du gonflement dans la région de l'épaule et la région cubitale de l'avant bras. Ce gonflement disparut au bout de quelques jours, mais le bras avait en partie perdu sa force. Il restait pendant le long du tronc et toutes les tentatives d'élévation étaient infructueuses ; les mouvements de la main eux-mêmes étaient limités et très pénibles ; la flexion des doigts était incomplète. Pendant un séjour de trois semaines que le malade fit à Vichy, il fut traité par la faradisation et n'obtint pas la moindre amélioration.

24 octobre 1880. L'état précédemment indiqué existe toujours, l'élévation complète du bras est impossible. Les muscles extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras semblent intacts ; il est impossible d'étendre les doigts et de fermer complètement la main ; à peine peut-on mettre l'extrémité de l'index en contact avec celle du pouce ; le malade ne peut tenir une plume, ni boutonner son faux-col. Le médius, l'annulaire et l'auriculaire ont un aspect violacé ; ils sont froids ; parfois même la nuit, cette sensation de froid est si accusée qu'elle réveille le malade et qu'il est obligé de remuer ses doigts et

de les frotter : cette sensation remonte en haut sur tout le bord cubital de l'avant-bras ; la sensibilité cutanée n'est pas diminuée ; les articulations ne sont pas atteintes. Les mouvements passifs se font librement ; du reste il n'y pas de douleur spontanée dans les parties affectées. Les muscles du côté sur lequel est tombé le mal semblent un peu tuméfiés et la pression exercée sur eux est très douloureuse.

Le deltoïde, les muscles de l'avant-bras, surtout ceux de la région cubitale, sont soumis à un massage énergique. En même temps on conseille au malade de faire le plus souvent possible des mouvements actifs au moyen des muscles affectés.

Après 19 séances, le malade pouvait élever le bras au-dessus de l'horizontale ; pour la main, le résultat était moins avantageux, cependant l'extension complète était possible, les extrémités de l'index et du pouce pouvaient être rapprochées, la main se fermait plus aisément qu'au début du traitement ; il y avait toujours une sensation de froid, mais elle était moins intense qu'auparavant. Le malade, obligé de partir pour l'Italie, dut cesser à ce moment le traitement, il était du reste très satisfait de l'amélioration qu'il avait obtenue.

Pendant qu'il était en traitement il attira mon attention par un autre phénomène qu'il éprouvait depuis de longues années. Quand il a beaucoup travaillé et surtout quand il a veillé plusieurs nuits de suite, il éprouve en arrière, dans la région des omoplates, une fatigue persistante très pénible qui va jusqu'à la douleur. Après un examen attentif, je reconnais l'existence d'un foyer de myosite dans la portion du trapèze qui s'insère sur l'acromion. Ce muscle est plus rigide qu'à l'état normal, en le faisant contracter on éprouve la sensation d'une sorte de frottement dont le malade lui-même a conscience. Après une dizaine de séances de massage, amélioration manifeste.

OBS. XX (D^r Kleen)

Luxation de l'épaule gauche. — Réduction. — Epaissement de la capsule. — Myosite chronique du deltoïde. — Mouvements passifs. — Massage. — Guérison.

M. G.-R. M..., de Westmanland, 37 ans, tombe de voiture et se fait une luxation de l'épaule gauche, le 28 août 1886. On réduit et il garde le bras immobile pendant un mois, lorsqu'il voulut s'en servir, impossible. Il se présente à moi le 9 octobre, six semaines après l'accident. Atrophie déjà prononcée du deltoïde. Au toucher, petits noyaux durs, insensibles. En mettant la main dans l'aisselle, on reconnaît que la capsule est plus dure qu'à l'état normal et qu'elle est sensible à la pression; pas d'épanchement intra-articulaire, mouvements actifs et passifs insignifiants, l'omoplate suit ceux du bras. Dans la narcose chloroformique, on peut communiquer au bras des mouvements très étendus d'élévation. Frictions dans l'aisselle, frictions énergiques sur les indurations du deltoïde, mouvements passifs légers, dont on augmente graduellement l'étendue.

Le 29 octobre, 37 séances ont été faites; l'élévation du bras en haut est presque normale, lorsque cette élévation dure quelque temps, le grand rond paraît fortement tendu; tous les autres symptômes, objectifs et subjectifs, ont disparu.

OBS. XXI (D^r G. Norstrom)

Entorse et contusion de l'épaule. — Impuissance du membre. — Douleur de caractère névralgique. — Massage. — Guérison.

M^{me} L..., 42 ans. En descendant une pente rapide à Ragats, cette personne tomba par terre la tête la première; c'est le bras droit qui

porte. Douleur violente dans la région de l'aisselle. Je vois la malade le lendemain de l'accident, tuméfaction de la région de l'épaule. Impossible de faire le moindre mouvement du bras à cause de la vivacité de la douleur. Pas de luxation.

Épanchement intra-articulaire distinct, sensibilité très vive dans les tentatives d'extension du bras. Trois jours après l'accident, on voit dans la partie supérieure du bras des sugillations très accusées qui peu à peu descendent jusqu'au voisinage du poignet ; tuméfaction générale du bras.

La malade commence à pouvoir le remuer, mais des douleurs violentes irradiées assez loin de l'épaule et de caractère névralgique l'empêchent de dormir toutes les nuits.

L'étendue de l'ecchymose me fait supposer qu'il s'est produit une déchirure plus ou moins étendue de la capsule articulaire. Ne voulant m'exposer à entraver la réunion par des mouvements intempestifs, je n'en commençai que 5 jours après l'accident (mouvements peu étendus et faits avec beaucoup de précautions). A ce moment le massage était parfaitement supporté, les douleurs avaient diminué, la malade dormait bien ; elle ne pouvait guère plus lever son bras que le premier jour. Supposant que cette impuissance tenait probablement à une contusion du deltoïde sur la tête humérale produite au moment de la chute, je me mis à masser ce muscle avec une certaine énergie. Au bout de trois jours, la malade levait beaucoup mieux le bras ; 6 jours plus tard elle pouvait s'en servir ; plus d'œdème ni de douleur. Je conseille des mouvements actifs faits dans des directions déterminées à l'avance. Ce cas fut relativement long, tout fait supposer qu'il y avait eu des déchirures relativement étendues dans la capsule et les parties voisines, c'est à-dire une partie des désordres qu'on trouve d'habitude dans les luxations de l'épaule.

OBS. XXII (Dr G. Nostrom).

Entorse de l'épaule gauche. — Massage. — Guérison rapide.

M. M..., 33 ans, fait une chute dans un escalier, à la suite d'un faux pas. Après qu'on l'a relevé, il éprouve dans l'épaule gauche, une violente douleur qui se calme assez vite; le malade déclare qu'à ce moment il se crut sûr qu'il n'y avait rien de cassé ni de déchiré. Vers le soir, il sentit dans l'aisselle une douleur très vive, pas assez vive pourtant pour supprimer complètement les mouvements. Le lendemain, aucune amélioration, c'est à ce moment que je suis appelé. Mouvements de l'articulation scapulo-humérale gauche à peu près supprimés; le malade peut lever un peu le bras, mais il lui est impossible de le porter en arrière. Les mouvements passifs sont également très douloureux et très limités; ne peut se désabiller sans l'assistance d'une autre personne. Pas de tuméfactions ni d'ecchymoses. Léger épanchement dans l'articulation scapulo-humérale. Massage, revient le lendemain, son état s'est sensiblement amélioré. Mouvements du bras plus étendus et moins douloureux.

Le troisième jour, ces mouvements sont presque normaux. A ce moment, on fait en même temps que le massage quelques mouvements passifs, la guérison fut complète le 4^e jour.

OBS. XXIII (de Gruijter)

Entorse de l'épaule

Un homme en tombant d'une échelle, se retient avec la main droite, le deltoïde et les ligaments de l'articulation de l'épaule sont violemment tirillés. Douleur et gonflement à l'insertion du deltoïde.

Massage : le malade est assis dans un fauteuil très bas, sa main droite tient solidement un des bras. Le gonflement diminue, mais il reste toujours de la douleur pendant le massage et les mouvements : l'élévation du bras est difficile. Dans la troisième séance on a soin d'exercer une pression plus énergique avec le pouce surtout au niveau de l'insertion du deltoïde, mouvements passifs, puis actifs. Guérison complète après la quatrième séance.

OBS. XXIV (Dr G. Nostrom).

Raideur de l'articulation de l'épaule gauche consécutive à une arthrite chronique subaiguë. — Perte de presque tous les mouvements du bras. — Massage. — Extension et flexion forcées. — Guérison.

M^{me} A..., 44 ans. — A depuis plusieurs années des douleurs dans l'articulation scapulo-humérale gauche ; peu à peu les mouvements du bras gauche sont devenus moins étendus que ceux du droit. Au mois de mars dernier, au moment d'un faux pas dans un escalier, elle fit un mouvement brusque de ce bras, pour éviter la chute, et ressentit une violente douleur dans l'épaule. Sangsues, cataplasmes *loco dolenti*. Repos au lit. Au bout de quinze jours, la douleur a disparu et elle peut se lever, mais elle est toujours incapable de se servir de son bras.

Je vois pour la première fois cette malade à Ragatz, au mois de juillet 1886. L'épaule paraît très amaigrie, sensibilité à la pression sur l'articulation. Pendant la nuit, des douleurs spontanées l'obligent de temps en temps à se lever et à se promener dans la pièce, douleurs accompagnées d'engourdissement du bras et de la main : « Il lui semble, dit-elle, qu'elle porte un gant. » Ne peut écarter assez le bras du tronc pour qu'on puisse introduire dans l'aisselle le poing fermé. Elle porte difficilement le bras à la bouche et en arrière jusqu'au grand trochanter ; il est si faible que la malade ne

peut soutenir pendant quelques minutes un chandelier très léger. Cet affaiblissement est d'autant plus pénible pour elle qu'elle est gauchère ; elle peut coudre difficilement et pendant peu de temps.

Épanchement de sérosité dans l'articulation. Massage seul. Je réussis par ce procédé à faire disparaître en grande partie l'épanchement et la sensibilité à la pression. Au bout de dix jours, l'extension forcée devient possible. Dès la troisième séance, la résistance est plus facile à vaincre, on entend pendant l'extension forcée un craquement assez fort. La malade pousse un cri et accuse une vive douleur. Le lendemain extension plus facile ; le surlendemain il y a des sugillations nombreuses sur le bras et particulièrement vers les parties déclivées au coude ; en même temps l'articulation devient rapidement le siège d'un nouvel épanchement et elle est très sensible. Massage méthodique. Au bout de dix jours, les accidents aigus ont disparu.

Les mouvements du bras ont gagné en facilité et en étendue. Chaque séance, je commence par le massage du deltoïde et de l'articulation. Au bout d'un mois, la douleur a presque cessé ; le traitement est devenu supportable, la malade se sert un peu mieux de son bras, il m'a fallu six semaines pour obtenir un résultat satisfaisant. Au moment où je quittai Ragatz, dans les derniers jours de septembre, les mouvements n'étaient pas encore complètement revenus. La malade ayant fait le voyage de Paris pour que je puisse compléter le traitement, je le continuai jusqu'au 20 octobre. A ce moment, les mouvements du bras sont à peu près aussi libres à gauche qu'à droite, l'atrophie du deltoïde a disparu. Je l'engage à faire pendant quelque temps une gymnastique méthodique ; elle m'a écrit depuis que la guérison est absolument complète.

OBS. XXV (D^rG. Nostrom)

Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique.
— Rectification forcée. — Massage. — Amélioration.

M^{me} C..., 42 ans, de Lyon, ressentit, il y a dix ans, à la suite d'une saison aux bains de mer, de violentes douleurs dans la région de l'épaule droite, elles cessèrent d'elles-mêmes au bout de quelques semaines. Les années suivantes, le même accident reparut sans cause appréciable pendant l'hiver. Aux premiers beaux jours, les douleurs cessaient et l'épaule restait indemne pendant la plus grande partie de l'année. L'application de la main sur la région affectée la soulageait. Il y a quatre ans, cure thermale et massage à Aix-les-Bains. Ce procédé appliqué par une personne plus énergique que soigneuse n'aboutit à aucun résultat. La malade fut même obligée d'interrompre très vite le traitement. Peu à peu, elle éprouve une gêne prononcée dans les mouvements du bras, avec une douleur persistante, mais pas trop vive. Electricité (faradisation). La douleur disparut presque et la malade put se servir assez bien de son bras pour pouvoir faire son ménage sans difficulté; jusqu'en novembre 1883, le résultat se maintient. La malade se croyait définitivement guérie. A ce moment, elle fait un assez long voyage en chemin de fer par un temps humide, dans une position peu favorable. Nouvelle arthrite de l'épaule.

Une douleur violente s'étendait de la nuque à l'épaule. Douleur au toucher dans toute la région axillaire. Le moindre mouvement du bras suffisait pour lui arracher des cris. Salicylate de soude à haute dose. Au bout de 4 à 5 jours, les accidents aigus disparaissent et la malade se trouvait aussi bien qu'auparavant. Malheureusement, les mouvements du bras étaient notablement plus difficiles et moins

étendus. De temps en temps, elle éprouvait des douleurs de l'épaule, s'irradient sur les deux côtés dans l'avant-bras, dans les mains et même les doigts; vers la fin de la journée elle éprouvait une grande fatigue dans le bras. Il lui devint impossible de soulever les objets un peu lourds et même la raideur de l'épaule s'accroissait. Elle cessa de faire son ménage et de s'habiller seule. Elle a de nouveau recours à l'électricité, mais cette fois aucun bénéfice.

Je vois pour la première fois cette personne au mois de mars 1885.

A ce moment, l'épaule droite semble un peu plus volumineuse que la gauche. Le bras est ordinairement pendant le long du tronc. L'avant-bras est dans la demi-flexion. Rien d'anormal du côté du deltoïde ou des muscles limitant le creux axillaire. En exerçant avec le pouce une pression énergique au côté interne de l'extrémité du deltoïde, on sent une douleur peu vive dans l'articulation; on n'en provoque pas en poussant le bras contre la cavité glénoïde. En immobilisant l'omoplate, on ne peut écarter le bras de plus de 65° de la cage thoracique. Quand on ne soutient pas l'omoplate, on arrive à le soulever jusqu'à l'horizontale, mais la malade le maintient difficilement et très peu de temps dans cette situation. Il est plus facile de porter le bras en avant. Celui-ci ne peut toutefois dépasser la ligne médiane.

En arrière, il arrive à peine jusqu'au grand trochanter; il ne peut élever la main jusqu'à l'oreille. Les mouvements passifs sont un peu plus étendus dans ce cas que dans les précédents. Massage de la jointure et des muscles périarticulaires. La douleur à la pression, précédemment indiquée, disparaît. Extension forcée.

Douleur dans toute la région articulaire, surtout en haut et dans les muscles circonscrivant le creux de l'aisselle.

Pendant les premières séances, craquements, douleur vive s'irradiant dans le bras et l'avant-bras. Au bout de cinq semaines, on

n'en constate plus. A ce moment, la raideur articulaire est insignifiante. Quand on immobilise l'omoplate, elle peut élever seule son bras jusqu'à l'horizontale et le maintenir assez longtemps dans cette position sans se fatiguer ; peut porter sans difficulté la main à la nuque, mais non pas jusqu'à l'épaule de l'autre côté.

OBS. XXVI. (D^r G. Norstrom.)

Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique rhumatismale. — Perte d'une partie des mouvements du bras. — Mouvements communiqués. — Massage. — Guérison.

M^{me} D... 42 ans. Il y a cinq ans, cette personne essayant d'éviter une chute dans un escalier fit un mouvement exagéré d'extension et de rotation en arrière du bras. Aussitôt, elle ressent une violente douleur dans la région de l'épaule, qui ne tarde pas à se tuméfier. Tout disparaît après l'application de compresses froides ; mais au bout de quelques jours, la douleur reparut plus vive qu'au début. Il lui devint difficile de se servir de son bras. A chaque mouvement, elle éprouvait dans l'épaule une sensation pénible s'irradiant sur tout le côté interne du bras. Il lui semblait, disait-elle, qu'un nerf se déplaçait, en persistant à vouloir s'en servir, elle éprouvait une fatigue insurmontable. Certains mouvements devinrent impossibles. Elle ne pouvait porter la main en arrière, ni s'habiller, ni se déshabiller seule sans d'extrêmes difficultés. Ne pouvait pas se peigner. Cette malade qui est rhumatisante avait des poussées subaiguës du côté de l'épaule intéressée. A chaque changement de temps, celle-ci devenait douloureuse, surtout la nuit : il était extrêmement difficile à M^{me} D... de trouver une position dans laquelle l'état du bras fût tolérable.

Trois ans après l'accident initial, je constate une légère atrophie des muscles de l'épaule qui en a déterminé l'aplatissement. Ne peut

élever son bras à plus de 60° sans déplacer l'omoplate. J'immobilise l'épaule et j'essaye de pousser plus loin l'élévation. A ce moment, on entend un craquement très net. Massage de l'articulation. Abduction et rotation forcées. Ces mouvements sont si douloureux que la malade redoute qu'on lui casse le bras. Après trois semaines de traitement, les séances sont mieux supportées. Les mouvements de l'articulation sont plus libres. Le traitement est continué pendant deux mois et demi. A ce moment, quand on immobilise l'omoplate, tous les mouvements du bras sont faciles et ont leur amplitude normale.

Obs. XXVII (D^r G. Norstrom)

Raideur de l'articulation de l'épaule consécutive à une arthrite chronique. — Impossibilité absolue de se servir du bras. — Massage. — Guérison.

M^{me} C..., 36 ans. A travaillé longtemps dans une cave froide et humide pour mettre le vin en bouteilles. Il y a huit ans, a commencé d'éprouver de vives douleurs dans l'articulation scapulo-humérale du côté droit, puis dans la nuque. Au début, cette douleur était si vive qu'il lui était impossible de rester couchée quelques minutes sur le côté droit. Pas de tuméfaction. Pendant l'été de l'année 1882, fait une cure aux bains de Royat. Ses douleurs de continues qu'elles étaient devinrent intermittentes ; elles ne revenaient que si le temps était pour changer, surtout à l'approche de la neige. Elle s'aperçut bientôt qu'il lui était presque impossible de se servir de son bras. Elle le levait ou le portait très difficilement en arrière, et depuis deux ans au moins, elle est incapable de se peigner, il lui est même impossible de s'habiller et de se déshabiller seule. Elle peut tout au plus coudre, tricoter, mais pas plus d'une demi-heure ; quand elle continue de travailler en dépit de la fatigue, elle est obligée de s'arrêter parce qu'elle éprouve de violents tremblements dans tout le

membre ; se sert cependant assez de son bras, lorsqu'il n'a pas été fatigué par un travail antérieur pour manger seule. L'épaule est aplatie et sensiblement diminuée de volume. En exerçant une pression sur la jointure, on provoque une douleur profonde et qui semble intra-articulaire, douleur, du reste, très supportable. Tous les mouvements, sauf l'abduction du bras, sont limités et douloureux. Quand on immobilise l'omoplate, la malade peut élever son bras jusqu'à ce qu'il forme un angle de 70° avec l'axe du corps, pas davantage, encore ne peut-elle le maintenir élevé que fort peu de temps ; la rotation en dedans est difficile. De plus, la malade ne peut porter en avant le bras étendu au delà de l'épine iliaque antéro-supérieure ; en arrière, au-delà du grand trochanter.

Extension forcée avec élévation du bras en haut, l'application du procédé est très douloureuse et s'accompagne de craquements. Dans les séances ultérieures, je fais l'extension sur l'épaule de manière à rendre aux mouvements perdus leur amplitude normale. Au bout de cinq semaines de traitement, la malade trouve qu'elle peut soulever le bras plus aisément. Les mouvements sont plus libres en tous sens. Elle peut porter la main à la nuque, ce qui, jusque-là, lui avait été impossible. Au bout de trois mois, lorsqu'on immobilise l'omoplate, l'élévation jusqu'à l'horizontale est possible. Elle peut même garder pendant quelque temps le bras dans cette position, mettre et ôter ses effets. Les travaux légers ne la fatiguent plus. Peut commencer des exercices un peu plus pénibles, l'épaule a repris ses contours, la rotation du bras est presque normale. Les mouvements du bras en arrière et en avant ont une amplitude suffisante.

OBS. XXVIII. (Vesterlund).

Néuralgie cervico-brachiale. — Massage. — Guérison.

M^{me} A..., 34 ans, d'une constitution robuste, non hystérique, ressent, au mois de janvier 1874, une sorte d'engourdissement dans le bras

qui, peu à peu, fait place à une véritable douleur occupant l'épaule et le bras droit. Frictions avec divers liniments. Electricité sans résultat. Au commencement de juillet, la névralgie est encore plus violente. A la suite de quelques mouvements, elle devient de plus en plus forte. Chaque nuit, elle a une telle intensité que la malade ne peut plus dormir. L'exacerbation fut de jour en jour plus marquée. Massage. Les douleurs concentrées autour de l'articulation de l'épaule s'étendaient jusqu'au coude, suivant le trajet du nerf musculo-cutané. La région sus-scapulaire et la nuque étaient elles-mêmes intéressées. Ces parties étaient très sensibles aux pressions profondes de même que dans toutes les tentatives de mouvement. Pas de foyer d'induration, de gonflement ou de rougeur. Les mouvements pour élever le bras ou le porter en arrière sont particulièrement pénibles. Pétrissage et tapotement. Amélioration après huit séances. Récidive au bout de six semaines. Douze nouvelles séances de massage. Guérison. Pas de récidive au bout de 15 mois.

Obs. XXIX. (D^r G. Norstrom.)

Névralgie cervico-brachiale. — Massage. — Guérison.

M^{me} N..., 30 ans, se plaint depuis le mois de mars 1877 d'une sensation de fourmillements dans le bras droit, cette sensation plutôt désagréable que douloureuse ne l'inquiète pas. Plus tard, elle s'exagéra au point de devenir extrêmement pénible. La douleur avait son siège dans la région de l'aisselle et s'irradiait dans tout l'avant-bras sur le trajet du cubital. Les courants faradiques, les bains russes, les frictions avec différentes pommades n'amenèrent aucun résultat. De plus, les douleurs s'irradiaient dans toute la région sus-capulaire et la nuque. Tout disparut pendant un certain temps et elle se croyait guérie lorsque à la suite d'un mouvement violent

de l'épaule et du bras la douleur reparut plus violente qu'auparavant. Le sommeil était pénible et troublé.

Au moment où je la vis pour la première fois, je ne trouvai rien d'anormal dans l'articulation de l'épaule ni dans les muscles du bras. Les mouvements avaient leur amplitude normale. Celui d'élévation et le mouvement en arrière étaient très douloureux. Une pression sur le trajet du nerf musculo-cutané, un mouvement brusque du bras ou de l'épaule suffisait pour provoquer un paroxysme.

On eut recours aux mêmes traitements que précédemment ; ils restèrent sans résultat.

Massage. Après 12 séances, la malade éprouve déjà un mieux sensible. Peut commencer à se servir de son bras. Guérison radicale après 30 séances.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MURREL. — *On massage.*

HUNERFAUTH (de Hombourg). — *Handbuch der Massage. — Manuel du massage.*

LEGUY. — Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies. (*Thèse de Paris*, 1889.)

RAGOT. — *Sur l'usage et l'abus des frictions.* Londres, 1827.

ZABLUDOWSKY. — *Indication et technique du massage.*

DAVID GRANT. — *Massage.* (*Edinburgh med. journal*, juillet 1887.)

LAISNÉ. — *Du massage, des frictions, des manipulations.* Paris, 1868.

PHÉLIPPEAUX. — *Étude pratique sur les frictions et le massage.* Paris, 1870.

WEBER. — *Traité de la massothérapie.* Paris, 1891.

DU MESNIL. — *Massage.* (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXI, p. 690.)

PANAS. — *Épaule.* (*Idem*, t. XIII, p. 433.)

FOLLIN ET DUPLAY. — *Traité élémentaire de pathologie externe.* Paris, 1880.

DUCHENNE (de Boulogne). — *De l'électrisation localisée.*

GILLES. — *La pratique du massage.* In 8°, Coccoz.

WERNER. — *Le massage, sa technique, son emploi et ses effets*, 10^e édition. Berlin. *Die Massage, ihre Technik Anwendung und Wirkung.*

REIBMAYR. — *Die Technick der Massage.* In-8°, Vienne.

RAFIN. — *Étude clinique sur le massage appliqué au traitement des fractures juxta-articulaires.* (*Lyon médical*, 1^{er} avril 1888.)

PIORRY. — *Massage.* (*Dictionnaire des sciences médicales.* Paris, 1819, t. XXXI, p. 73.)

- ALEX. MAYER. — Note sur la massothérapie. (*Gaz. méd. de Paris*, 1852, p. 315.)
- N. DALLY. — *Cinésiologie ou science du mouvement dans ses rapports avec l'hygiène*. Paris, 1857.
- E. DALLY. — Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel. (*Thèse*, 1859.)
- MALGAIGNE. — *Leçons d'orthopédie*. Paris, 1862.
- ESTRADÈRE. — *Du massage, son historique, ses manipulations*. Paris, 1884.
- CRAMER. — Du massage. (*Deutsch. med. Woch.*, 1889.)
- DOLLINGER. — Contribution à l'étude clinique du massage. (*Wiener med. Woch.*, 1887.)
- SALLIS. — *Du massage et de son action comme moyen curatif*. Strasbourg, 1886.)
- ROUGE. — Sur le massage. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1886.)
- SCHREIBER. — *Traité pratique du massage*. Paris, 1884.
- LÉON PETIT. — *Le massage d'après Reibmayr*. Paris, 1885.
- BERNE. — Le massage dans le traitement de certaines amyotrophies d'origine articulaire. (*Revue générale de clinique*, 27 septembre 1888).

Vu : Le Président,
PETER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

